

TRAVAIL DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE LYON

Cinq Bassins Obliques Ovalaires Congénitaux

TROIS BASSINS SECS
DEUX OBSERVATIONS D'ACCOUCHEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 Juin 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MARCELLIN GIRARD

Né le 1^{er} juillet 1889, à Saint-Remy-sur-Durolle (Puy-de-Dôme)



CHALON-SUR-SAONE

Imprimerie Commerciale et Industrielle, 7, rue des Tonneliers

1920

TRAVAIL DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE LYON

Cinq Bassins Obliques
Ovalaires Congénitaux

TROIS BASSINS SECS
DEUX OBSERVATIONS D'ACCOUCHEMENT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552303_0026

TRAVAIL DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE LYON

Cinq Bassins Obliques Ovalaires Congénitaux

TROIS BASSINS SECS
DEUX OBSERVATIONS D'ACCOUCHEMENT



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 Juin 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MARCELLIN GIRARD

Né le 1^{er} juillet 1889, à Saint-Remy-sur-Durolle (Puy-de-Dôme)



CHALON-SUR-SAONE

Imprimerie Commerciale et Industrielle, 7, rue des Tonneliers

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LEPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, GAZENEUVE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT, TESTUT, POLLOSSON (M.).

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophthalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LEPINE (J.)
Chimie biologique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	NOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	X...
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrége
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	X....	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	X....,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X....,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	BRETIN	SAVY	BONNAMOUR, char-
COMMANDEUR	LERICHE	FROMENT	gé des fonctions
NEVEU-LEMAIRE	THEVENOT (Léon)	THEVENOT Lucien	SARVONAT id.
LAROYENNE	TAVERNIER	PIERY	FAVRE id.
VORON	CADE	COTTE	GRAVIER id.
NOGIER	GUILLEMARD	DUROUX	ROUBIER id.
	GARIN		

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FABRE, *Président*; CONDAMIN, *Assesseur*
MM. COMMANDEUR et VORON, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON AMI, le D^r MARCEL GARENNE

AIDE-MAJOR DE RÉSERVE AU 143^e R. I.

Tué à l'ennemi, le 3 Juin 1918

A LA MÉMOIRE
DE MES GRANDS-PARENTS

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur FABRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE LYON

ACCOUCHEUR DES HOPITAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Qui nous a inspiré ce sujet de
thèse, qui nous a donné l'appui
constant de ses bienveillants con-
seils.

Nous le prions d'agréer nos plus
respectueux remerciements.

A MES MAÎTRES

A MES JUGES

AVANT-PROPOS

Au terme de nos études médicales, et avant d'aborder notre sujet, il nous reste un devoir agréable à remplir, celui de rendre hommage aux Maîtres, qui ont su nous faire apprécier et aimer la profession médicale.

Nos premiers remerciements vont à nos Maîtres de l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand ; qu'ils reçoivent ici l'expression de notre profonde gratitude.

A Lyon, M. le Professeur Weil nous a initié aux pratiques si difficiles de la clinique infantile. Nous emportons le meilleur souvenir de ses excellentes leçons.

Qu'il nous soit permis d'associer, dans le même sentiment de gratitude, MM. les Professeurs Paviot, Cade ; MM. les Médecins des Hôpitaux Lyonnet, Bouchut, dont nous avons fréquenté les services, où nous avons toujours trouvé le meilleur accueil.

Notre reconnaissance va surtout à M. le Professeur Fabre, pour les fruits précieux que nous avons retirés de son bel enseignement clinique, et pour la grande bienveillance qu'il nous a toujours montrée. Après nous avoir confié ce sujet de thèse, il nous a facilité ce travail par ses conseils, et il nous fait aujourd'hui l'honneur de présider notre Jury de thèse. Qu'il veuille bien agréer ici l'hommage de notre vive et respectueuse gratitude.

Que MM. les Docteurs Rhenter, chef de clinique obstétricale, et Bouget, moniteur de clinique, veuillent bien accepter nos remerciements, pour les leçons qu'ils nous ont données, durant notre stage à la Clinique d'accouchement. Nous prions M. le Professeur Trillat d'agréer nos sincères remerciements, pour le concours précieux qu'il a bien voulu nous apporter dans notre modeste travail.

I

HISTORIQUE

En 1829, Naegelé, à part une indication que l'on trouve dans Dionis (Traité général des accouchements, p. 241), fut le premier qui ait appelé l'attention sur l'importance obstétricale de ce bassin.

Stein, le jeune, représente, dans son Traité d'obstétrique, un bassin rétréci obliquement avec ankylose ; mais, dans le texte, il n'en parle qu'en peu de mots.

La Monographie classique de Naegelé comporte la description de 35 bassins obliques ovalaires congénitaux, auxquels l'auteur a donné les caractères suivants :

« Le bassin est rétréci dans la direction d'un de ses diamètres obliques, il y a ankylose complète d'une des symphyses sacro-iliaques, et développement imparfait de la moitié correspondante du sacrum et de l'os iliaque du même côté. »

Jusqu'en 1861, on avait décrit 50 bassins de femmes, obliques ovalaires, dont plusieurs décrits par Simon Thomas de Leyde, dans son ouvrage, classique au même titre que celui de Naegelé.

Depuis, les observations se sont multipliées, l'attention des accoucheurs ayant été particulièrement attirée sur cette dystocie du bassin, très importante au point de vue obstétrical.

BASSIN OBLIQUE OVALAIRE CONGÉNITAL

Caractères propres. — On observe : 1° une ankylose complète de l'une des symphyses sacro-iliaques ou une fusion entière du sacrum et de l'un des os coxaux ;

2° Un arrêt du développement ou développement imparfait de la moitié du sacrum et rétrécissement des trous sacrés antérieurs, du côté correspondant à l'ankylose ;

3° Le sacrum paraît poussé du côté ankylosé : sa face antérieure est aussi plus ou moins tournée de ce côté. En même temps, la symphyse pubienne est entraînée du côté opposé, de sorte qu'elle ne correspond plus directement, mais obliquement, à l'angle sacro-vertébral ;

4° Du côté, où il y a ankylose, la paroi latérale et la moitié correspondante de la paroi antérieure de l'excavation du bassin sont plus planes que dans l'état de bonne conformation.

De plus, le côté du bassin, où la symphyse sacro-iliaque est conservée, participe à la mauvaise position et à la déviation vicieuse des os, du côté où il y a ankylose.

Il résulte de ces dispositions que le bassin est rétréci obliquement, c'est-à-dire dans la direction du diamètre qui croise celui qui, du point de l'ankylose, s'étend à l'éminence ilio-pectinée du côté opposé, tandis que ce dernier diamètre, au contraire, n'est point diminué et offre même, quand le vice de conformation est considérable, plus d'étendue que dans l'état normal (pelvis oblique ovata).

Les distances sacro-cotyloïdiennes sont très inégales,

celle du côté où il y a ankylose étant de beaucoup la plus courte.

De même, la distance qui sépare la tubérosité sciatique du côté ankylosé, de l'épine iliaque postéro-supérieure, est plus petite que la même distance du côté opposé.

La ligne tirée du bord inférieur de la symphyse pubienne à l'épine iliaque postéro-supérieure du côté ankylosé, est plus longue qu'une autre ligne tirée du même point à l'épine iliaque postéro-supérieure, du côté opposé.

Les parois de l'excavation convergent en quelque sorte obliquement en bas, l'arcade pubienne est plus ou moins rétrécie. Enfin, la cavité cotyloïde du côté aplati est tournée plus en avant que dans un bassin bien conformé, et celle de l'autre côté regarde presque directement en dehors.

« Il semble, dit Naegelé, au premier abord, que l'espèce de déformation qui distingue ces bassins est le résultat d'une pression exercée sur les os, pression qui semble avoir agi obliquement, de dehors en dedans et de bas en haut, sur l'une des moitiés de la paroi antérieure de l'excavation et la région de la cavité cotyloïde, tandis que l'autre moitié du bassin aurait éprouvé une semblable pression, de dehors en dedans, mais à sa partie postérieure. De plus, chose bizarre, tous ces bassins, à part les différences qui résultent du degré de viciation, offrent d'ailleurs, sous le rapport de tous leurs caractères essentiels, une ressemblance aussi parfaite que celle qui existe entre deux œufs. Quant à la force, la dureté, la texture de ces bassins, ils ne diffèrent en rien des os de sujets jeunes et bien constitués.

« On les observe chez les hommes comme chez les femmes. »

III

PATHOGÉNIE

Dans sa Monographie, Naegelé s'était prononcé avec une grande réserve sur la cause de la lésion produisant le bassin oblique ovalaire. Il avait cependant tendance à considérer la synostose sacro-iliaque comme un vice de *formation originelle*. Ce fut le point de départ d'une polémique ardente, qui mit aux prises les partisans de la théorie de Naegelé et ses adversaires qui, comme Betschler, soutinrent que l'ankylose de l'articulation sacro-iliaque était due à la destruction par carie de l'aile du sacrum.

Martin et Stein admirent qu'elle était uniquement la conséquence d'une inflammation, tandis que Unna et Moleschott attribuaient cette lésion aux suites *d'un manque primitif ou d'un arrêt de développement du noyau d'ossification de l'aile du sacrum*.

Litzman, s'appuyant sur des travaux de Hohl, fit dériver la synostose sacro-iliaque, aussi bien que l'enfoncement du bassin, d'une pression unilatérale. La synostose serait donc produite uniquement par une inflammation des faces du cartilage, à la suite d'une pression longtemps continuée sur un seul côté.

Simon Thomas de Leyde, en 1861, de nouveau soutint que ces bassins étaient uniquement produits par inflammation, apportant ainsi son appui à l'opinion émise par Martin et Stein.

Pour lui, cette inflammation de l'articulation sacro-iliaque peut être :

1° Forte, suppurée, étendue au voisinage de l'articulation et souvent liée à la carie des os voisins ;

2° Inflammation limitée à l'intérieur de la cavité articulaire, restant à la période adhésive, et conduisant à la synostose, sans suppuration considérable.

Si cette inflammation survient quand les os ont leur développement complet, c'est-à-dire après que les ailes du sacrum sont complètement formées, la forme du bassin n'est pas modifiée ; sinon, la conséquence de la synostose est un arrêt de développement de l'aile du sacrum, au degré qu'elle avait au moment où est survenue l'inflammation.

Plus récemment, Winckel soutient que l'anomalie de développement, qui caractérise le bassin oblique ovalaire de Naegelé, résulte *ordinairement de l'absence du noyau d'ossification de l'aile du sacrum*.

Dans certains cas, très rares, on se trouve cependant en présence d'une carie de l'articulation sacro-iliaque (Kariöse Processe), constituant un obstacle au développement de l'aileron sacré et aboutissant secondairement à la synostose sacro-iliaque.

D'après Spiegelberg, une simple inflammation chronique de l'articulation iléo-sacrée peut donner lieu à une atrophie osseuse en ce point, aboutissant à une asymétrie du bassin.

Mais Breus, Kolusko, Peters, de Prague, sont d'avis que ce processus inflammatoire produit des bassins asymétriques, différents du bassin de Naegelé, qui leur *semble dû à un retard de l'ossification ou à l'absence primitive du noyau d'ossification de l'aileron sacré*.

En résumé, le bassin de Naegelé, qui se présente sous la

forme d'un bassin oblique ovalaire, avec une synostose iléo-sacrée et absence de l'aileron du sacrum correspondant, est un bassin *oblique ovalaire congénital*.

Les 3 bassins décrits plus loin montrent bien cette déformation caractéristique, qui n'appartient qu'aux bassins obliques ovalaires congénitaux, dénomination sous laquelle nous proposons de désigner les bassins de Naegelé.

IV

TROIS BASSINS SECS, OBLIQUES OVALAIRES CONGÉNITAUX

Le Musée de la Clinique obstétricale de Lyon possède 3 exemplaires de bassins obliques ovalaires congénitaux, que nous allons décrire rapidement :

BASSIN I. — SYNOSTOSE A DROITE

C'est un bassin relativement grand, ainsi qu'on pourra en juger par l'exposé des mensurations de ses différents diamètres. On retrouve tous les caractères propres au bassin oblique ovalaire congénital, décrits antérieurement. Les parois de l'excavation convergent obliquement en bas, la face interne de l'os iliaque droit est éversée en dehors et en haut ; l'arcade pubienne, fortement rétrécie, présente une forme comparable à celle qui est propre au bassin de l'homme.

La cavité cotyloïde du côté ankylosé est tournée en avant, tandis que celle du côté opposé est dirigée en dehors.

Les distances qui séparent les épines iliaques postéro-

supérieures de la symphyse pubienne mesurent 18 cent. 4, pour le côté aplati, et 15 cent. 3, pour le côté sain.



Le détroit supérieur présente les dimensions suivantes :

Diamètre	promonto-pubien	9,8
—	transverse maximum	11
—	transverse médian	10,6
—	oblique droit	9,2
—	oblique gauche	13,5
—	sacro-cotyloïdien droit	4,8
—	— gauche	11

Pour le détroit inférieur :

Diamètre	bi-ischiatiq.	7,3
—	sous-coccy-sous-pubien	11,3
—	sous-sacro-sous-pubien	12,1

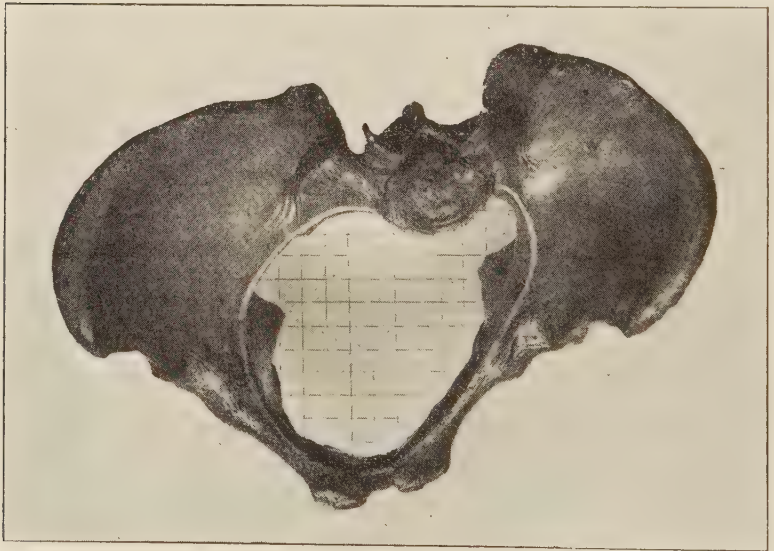
Pour le losange de Michaelis, on trouve que :

Le diamètre diagonal vertical mesure....	11,4
— diagonal horizontal	5,5
Le côté supérieur droit	3,3
— — gauche	5,6
— inférieur droit	10,5
— — gauche	8,6

Ce bassin présente donc, au détroit supérieur, une aire utilisable de forme légèrement ovale, avec un aplatissement antéro-postérieur. Le diamètre d'engagement serait le transversal médian, qui mesure 10 cent. 6 ; le grand diamètre oblique n'est pas utilisable.

BASSIN II. — SYNOSTOSE A GAUCHE

Ce qui a été dit pour le premier bassin s'applique à ce deuxième bassin. A noter cependant que le rétrécissement de l'arcade pubienne est ici peu accentué.



Les distances séparant les épines iliaques postéro-supérieures de la symphyse pubienne sont de :

18 cent. 8 du côté de l'ankylose ;
16 cent. 4 du côté sain.

On remarque que la crête iliaque droite est plus longue que la gauche de 1 cent. 2.

Au détroit supérieur, on a les mensurations suivantes :

Diamètre promonto-pubien	10
— transverse maximum	11
— transverse médian	10,3
— oblique droit	14,3
— oblique gauche	10
— sacro-cotyloïdien droit	10,4
— sacro-cotyloïdien gauche	5,1

Au détroit inférieur :

Diamètre bi-ischiatique	9,5
— sous-sacro-sous-pubien	13,2

Losange de Michaelis :

Diamètre transverse vertical	11
— transverse horizontal	7
Côté supérieur droit	7,1
— — gauche	5,6
— inférieur droit	7,5
— — gauche	8,9

Enfin, les diamètres externes mesurent :

Diamètre bi-épineux	22
— bi-crêtes	25,2
— antéro-postérieur	19

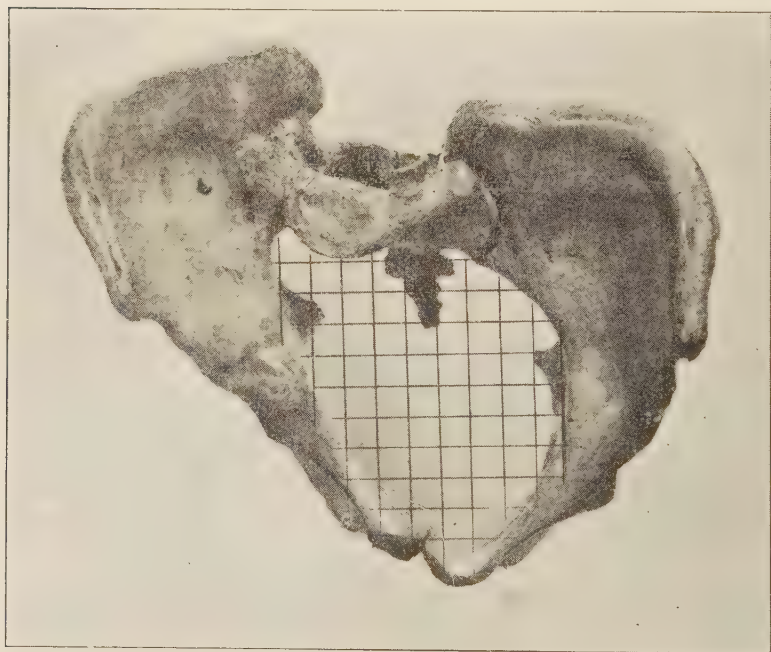
Il ressort de ces différentes mensurations, que le détroit inférieur est beaucoup moins rétréci que celui du bassin I et, de plus, étant données les dimensions du détroit supérieur, ce bassin pourrait être susceptible d'un accouchement prématuré artificiel, au 8^e mois. L'aire utilisable, au

détroit supérieur, correspond à une circonférence de dix centimètres de diamètre.

BASSIN III. --- SYNOSTOSE A DROITE

C'est un bassin dont tous les os ont leurs dimensions diminuées, suivant le type infantile, avec une synostose sacro-iliaque droite, qui en fait un bassin oblique ovaleire congénital.

On observe les mêmes dispositions que dans le bassin précédent, en ce qui concerne l'arcade pubienne, l'orienta-



tion des cavités cotyloïdes et l'évasement supérieur des ailes iliaques, surtout du côté où se trouve l'ankylose.

Les distances des épines iliaques postéro-supérieures, à la symphyse pubienne, mesurent :

16 cent. 7 pour le côté droit ankylosé ;
14 cent. 1 pour le côté sain.

Au détroit supérieur, on trouve :

Diamètre sacro-pubien	9,3
— transverse maximum	9
— transverse médian	8,3
— oblique droit	7,7
— oblique gauche	11,6
— sacro-cotyloïdien droit	3,9
— sacro-cotyloïdien gauche	9,2

Au détroit inférieur :

Diamètre bi-ischiatique	8
— sous-coccy-sous-pubien	9,5
— sous-sacro-sous-pubien	10,6

Losange de Michaelis :

Diamètre transverse vertical	11,4
— transverse horizontal	4,7
Côté supérieur droit	4
— — gauche	5
— inférieur droit	10,2
— — gauche	8,1

Les diamètres externes mesurent respectivement :

Bi-épineux	17
Bi-crête	20,2
Antéro-postérieur	14,6

Il s'agit donc là d'un bassin dystocique à un très haut degré et absolument incompatible avec un accouchement prématuré. Dans ce cas, seule, la césarienne abdominale s'impose, le détroit supérieur donnant une aire utilisable par trop réduite.

V

OBSERVATION I

Bassin oblique ovalaire congénital, synostose à droite, diagnostiqué pendant la grossesse.

Accouchement prématuré artificiel, par le ballon de Champetier. Version podalique.

Enfant mort, pesant 2.870 grammes.

D..., 23 ans, tisseuse, entrée à la Clinique d'accouchement le 29 avril 1901. *Primipare.*

Réglée à 13 ans, irrégulièrement depuis.

Dernières règles, le 15 août 1900.

Accouchement probable, le 20 mai 1901.

Accouchement réel, le 1^{er} mai, *prématuré artificiel.*

Accidents de la grossesse : constipation, vomissements pendant les trois premiers mois.

30 AVRIL. — Examen de M. le Chef de clinique : Toucher douloureux, par le fait de deux éraillures vulvaires, l'une à la fourchette, l'autre à la commissure antérieure de la vulve.

La tête fœtale est mobile au détroit supérieur.

L'examen du bassin révèle l'existence d'un bassin oblique ovalaire congénital, l'atrophie portant sur le côté droit. Au palper, la tête est en O. I. D. P. et débordé sensiblement le pubis. L'enfant paraît du volume normal. On décide de faire examiner cette femme, sous anesthésie, par M. Pollosson.

1^{er} MAI. — La femme est endormie.

Le toucher révèle les particularités suivantes :

Le promontoire est entièrement dévié à droite, et, pour y arriver, le doigt est obligé d'obliquer considérablement vers la droite, faisant ainsi un angle assez prononcé, avec une ligne antéro-postérieure.

On constate que le sinus sacro-iliaque droit n'existe pour ainsi dire pas, c'est à peine s'il est représenté par une excavation de la largeur d'un doigt et profond d'un à deux centimètres.

Du sinus, jusqu'au pubis, le doigt suit une ligne droite, fortement oblique d'arrière en avant et de droite à gauche, qui, près de sa partie antérieure, franchit la ligne médiane, pour s'incurver alors légèrement en dedans et aboutir à la

symphyse pubienne, laquelle se trouve donc reportée à gauche.

L'aileron sacré droit paraît absent.

Si, partant du promontoire, on explore le côté gauche, le doigt suit d'abord une ligne transversale à peu près droite, qui comprend l'aileron sacré, l'articulation sacro-iliaque et la partie postérieure de la ligne innommée ; puis, cette ligne décrit ensuite, en passant sur les parties postérieures gauches, latérales gauches et antérieures gauches du détroit supérieur, une courbe assez régulière, pour aboutir à la symphyse pubienne.

La symphyse pubienne est déviée vers la gauche.

Le *sacrum* est entièrement reporté à droite et d'une façon telle que :

1° La saillie des espaces intervertébraux forme une ligne à peu près droite, tout entière située dans la partie droite du bassin ;

2° Les trous sacrés gauches sont situés un peu à droite d'un plan médian antéro-postérieur du bassin ; on sent surtout bien le premier trou sacré, situé un peu au-dessous du détroit supérieur et un peu au-dessous et à droite d'une légère saillie existante sur ce détroit supérieur, probablement au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche.

Les trous sacrés droits sont plus difficiles à reconnaître, à cause du défaut de largeur de l'échancrure sciatique droite, dans laquelle le doigt s'insinue très péniblement.

Les parties latérales de l'excavation : à gauche, ne présentent rien de particulier ; à droite, ce qui frappe, c'est la projection en dedans de l'épine sciatique, dont l'extrémité se trouve assez rapprochée de la ligne médiane, et qui occupe une situation beaucoup plus élevée que normalement. Ce côté forme un plan incliné en dedans et en bas.

La symphyse pubienne est déjetée à gauche de la ligne médiane. Elle n'offre rien de particulier, ni dans sa hauteur, ni dans l'épaisseur du cartilage interpubien. La branche ischio-pubienne droite est refoulée en dedans, par son bord libre, qui est coupant.

Le palper mensurateur est alors pratiqué de la façon suivante : un aide applique énergiquement la tête fœtale, qui est en O. I. D. P., sur le détroit supérieur, pendant que, par le toucher, on cherche à constater son degré d'adaptation. On constate ainsi que : en avant, l'adaptation est assez bonne et le débordement est insignifiant.

A droite, de même. A gauche, le débordement est plus avancé, sans être très accentué.

Aussi, peut-on espérer que la tête, qui, par le fait de ce mode d'exploration, se présente au détroit supérieur, en position intermédiaire, s'adaptera mieux et pourra alors franchir le détroit supérieur, si on peut la faire se présenter plus fléchie.

Avant l'anesthésie, la femme étant debout, on constate : une légère scoliose lombo-sacrée à convexité droite, le sillon interfessier s'incurvant fortement à gauche, le pli fessier gauche fortement abaissé. La hanche gauche fait une saillie normale, la hanche droite est aplatie, plus allongée verticalement que la gauche, par le fait du redressement de l'aile iliaque.

En présence de cet examen et de la très grande souplesse des parties molles, on décide l'intervention immédiate, suivie d'une version.

Aussitôt, à 11 heures, M. Pollosson pratique une dilatation artificielle du col et un décollement circonférentiel des membranes, sans aucune difficulté. Puis on prépare le placement d'un ballon de Champetier.

A 5 h. 1/2 du soir, la femme étant placée en travers du lit, on introduit dans la cavité utérine, entre l'œuf et le segment inférieur, un ballon de Champetier, de moyen volume, avec 350 c. c. d'eau bouillie.

Après lavage vaginal, la femme est recouchée dans son lit.

A 10 heures. — Depuis l'application du ballon, les douleurs se sont éveillées, normales — la femme a quelque envie de pousser.

Toucher. — Le col est effacé, très mince, dilaté comme une paume de main.

Pour avoir le maximum de dilatation, on gonfle entièrement le ballon, en ajoutant 100 c. c. d'eau. L'enfant va bien.

10 h. 1/2. — Depuis l'introduction de cette nouvelle quantité d'eau, les douleurs sont continues.

Au toucher, il semble que le ballon appuie moins bien, et que sa grande circonférence soit arrêtée par le bassin. Aussi retire-t-on 50 c. c. d'eau.

11 heures. — Les douleurs sont normales, la femme pousse et le ballon descend dans le vagin.

11 h. 1/2. — La femme est anesthésiée, — on enlève le ballon et la main droite est introduite dans le vagin et glissée dans l'utérus.

Le col est complètement dilaté, la poche des eaux est intacte.

On se propose de saisir le pied antérieur ou gauche, pour faire faire le grand tour au fœtus, et placer ainsi, lors du passage de la tête dernière, l'occiput fœtal à gauche.

On rompt les membranes avec une pince d'Hégar, et on glisse la main droite dans l'œuf. Il ne s'écoule à peu près pas de liquide amniotique.

On va vers le fond de l'utérus et on trouve les deux pieds croisés, à la « tailleur », le droit d'abord, puis le gauche, qu'on saisit et amène dehors. L'évolution est facile.

L'extraction du siège s'effectue par quelques tractions en bas, puis en haut.

On pratique l'anse du cordon.

On va à la recherche des bras, qui sont tous deux relevés sur les côtés de la tête fœtale. La main dorsale les fait glisser en avant, d'abord le postérieur, puis l'antérieur, mais elle ne peut le suivre, vu l'étroitesse du bassin. Pour terminer leur dégagement, deux doigts de la main ventrale vont alors à leur recherche et, sans grandes difficultés, dégagent d'abord le bras postérieur, puis le bras antérieur.

On procède alors à l'extraction de la tête.

Celle-ci s'est défléchie et c'est vers l'éminence ilio-pectinée droite (la tête étant en O. I. G. P.), que la main gauche va à la recherche de la bouche.

L'index, introduit dans la bouche, oriente la tête fœtale, à peu près en O. I. G. T., fléchit la tête autant qu'il peut. Un aide pratique alors l'expression, par la méthode de Champetier. Une pression extrêmement forte ne produit aucun mouvement de descente. Malgré des tractions très fortes sur la bouche, puis sur les épaules, la tête ne descend pas.

Le fœtus fait alors un mouvement respiratoire convulsif. Enfin, sous l'influence des tractions, jointes aux pressions externes, la tête fœtale finit par descendre lentement, et franchit, sans ressaut, le détroit supérieur.

Mais on est obligé de l'exprimer pendant tout le temps de la descente, jusqu'à ce qu'arrivée sur le périnée, elle effectue seule sa rotation et son dégagement.

L'enfant naît sans battements cardiaques.

La tête est bien ossifiée ; il existe, le long de la suture fronto-pariétale droite, un enfoncement en gouttière de 3 à 4 centimètres, sans fracture apparente, qui se redresse au bout de 20 minutes. Cet enfoncement siège immédiatement en avant de la suture.

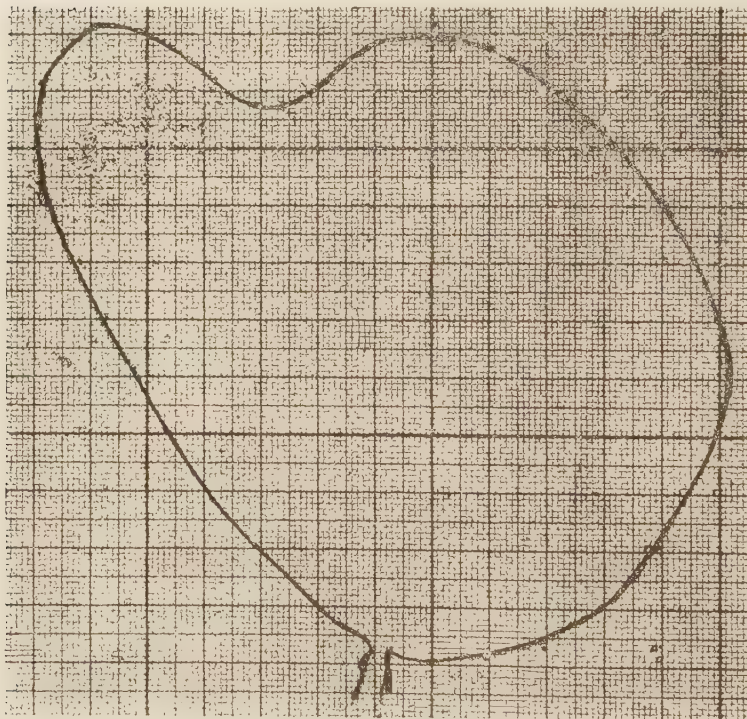
L'occipital chevauche fortement sous les pariétaux et le pariétal droit sous le gauche.

Diamètres de la tête.	Occipito-frontal	10,7
— —	Sincipito-mentonnier	12,5
— —	Bi-pariétal	9,2
— —	Sous-occipito-bregmatique ..	9

Poids du fœtus (fille mort-née) : 2.870 grammes

Longueur du fœtus : 49 centimètres.

Il existe une déchirure du périnée, qu'on suture. De plus, le vagin, à droite, s'est coupé sur la branche ischio-pubienne. Délivrance sans incidents.



Le placenta est de forme ovale, 16 centimètres sur 18.
Poids : 540 grammes.

On ne constate pas d'altérations. Les membranes paraissent complètes.

Longueur du cordon : 52 centimètres.

La radiographie métrique confirme le diagnostic de bassin oblique ovalaire congénital droit, et permet d'évaluer la longueur des différents diamètres du détroit supérieur :

Diamètre	antéro-postérieur	8 cent.
—	oblique droit	8,5
	oblique gauche	13,5
--	transverse médian	10

L'aire d'engagement est un cercle de 8 centimètres de diamètre, l'accouchement artificiel ne pouvait donner passage à une tête fœtale d'enfant capable de s'élever.

De plus, la flexion forcée de la tête pouvait être obtenue tête première. Par la version, la tête dernière défléchie, ne pouvait passer qu'après des efforts tels, que la mort de l'enfant paraissait certaine.

OBSERVATION II

Bassin oblique ovalaire congénital. Synostose à gauche.

Forceps avec lacs. Tractions prolongées. Enfant mort, pesant 3.290 grammes.

La forme du bassin est diagnostiquée par la radiographie métrique, avant la sortie de la malade.

2^e grossesse. — Opération césarienne à terme, avant les douleurs. Enfant de 3.730 grammes.

M..., Jeanne, 24 ans, entrée le 21 mars 1915, en travail, à la Clinique obstétricale.

Réglée à 11 ans, Règles régulières, abondantes.

Parents bien portants.

Elle-même est née à terme, a été nourrie au sein maternel. Premiers pas ignorés. Dans l'enfance, rougeole, scarlatine, coqueluche.

Dernières règles, du 9 au 14 juin 1914.

GROSSESSE ACTUELLE. — Quelques vomissements biliaires, à jeun, et alimentaires, après les repas.

Les premiers mouvements fœtaux sont perçus à 3 mois et demi.

21 MARS, à 12 heures. — La malade fait les eaux, sans que les douleurs aient apparû. Il s'écoule un liquide abondant, jaunâtre.

A 19 heures. — La malade appelle une sage-femme, qui pratique deux touchers et constate la procidence du cordon, qu'elle essaie de réduire, sans succès. Un médecin, appelé, ne peut pas non plus effectuer la réduction. Au dire de la malade, les bruits du cœur étaient alors nettement perçus.

Les douleurs débutent le 21 mars, à 21 heures, c'est-à-dire après 12 heures de travail, et précisément au moment où la malade entre à la Clinique d'accouchements. Ce sont des douleurs lombaires, apparaissant toutes les 20 minutes, et qui sont passagères.

Après désinfection vulvaire, on note, au palper du cordon, l'absence de battements. Les bruits du cœur sont nuls.

22 MARS, 8 h. 30. — Palper : On ne peut rien définir de net, l'utérus est tendu très fortement.

Hauteur utérine : 30 centimètres.

Circonférence ombilicale : 89 centimètres.

Température : 36°7.

Les douleurs semblent alors augmenter d'intensité, elles sont plus rapprochées, toutes les 10 minutes environ, régulières, toujours localisées dans les lombes.

A 10 heures. — La malade dit avoir envie de pousser, mais elle se sent vite lasse.

A ce moment, un élève pratique un toucher. La tête est engagée, le col dilaté à 3 centimètres ; une volumineuse bosse sanguine empêche de délimiter sutures et fontanelles.

Il s'écoule un peu de liquide verdâtre teinté de méconium.

11 heures — Les douleurs, apparaissant toutes les cinq minutes, ont toujours un caractère expulsif, mais le travail ne progresse pas.

14 heures. — Les douleurs sont devenues irrégulières, courtes et inefficaces. Pas de progrès notables.

16 h. 45. — Toucher : la dilatation est complète, la tête est basse, un pariétal chevauche sur l'autre. On délimite mal les fontanelles.

Les douleurs deviennent alors plus rapprochées, et ont un caractère franchement expulsif. La température est alors de 38°, le pouls à 120.

La malade est prise de vomissements noirâtres, abondants.

Le travail ne progressant pas, on décide une *application de forceps*.

18 h. 35. — On pratique un toucher, on trouve la petite fontanelle à droite, en transverse ; la tête est très ossifiée. On introduit la cuiller droite première, puis la gauche ; l'articulation du forceps se fait avec difficulté. On vérifie la prise bi-pariétale et on commence les tractions. Celles-ci sont pénibles ; au bout de 30 minutes, le sous-occiput est fixé sous la symphyse.

On désarticule le forceps et on procède au dégagement de la tête.

Le périnée postérieur bombe fortement, il est œdématié et on craint une déchirure centrale. Le dégagement de la tête est très pénible.

19 h. 30. — La tête est sortie des voies génitales. On a également de grandes difficultés au dégagement des épaules.

19 h. 35. — Naissance d'une fille mort-née, pesant 3.290 grammes. A l'examen du périnée, on note une déchirure incomplète du 2^e degré. Il s'écoule à la vulve un filet de sang continu.

Après la sortie de l'enfant, la hauteur utérine mesure 16 centimètres ; 5 heures après, 23 centimètres.

30 minutes après l'accouchement, on pratique la délivrance manuelle artificielle, en introduisant un doigt dans le vagin. Le placenta est à peu près décollé, on achève le décollement. Une exploration est faite, pour s'assurer que la cavité utérine est vide ; on trouve des membranes décollées.

Le *placenta est complet*, ovalaire, d'une teinte verdâtre ; il pèse 680 grammes.

Le cordon infiltré mesure 80 centimètres.

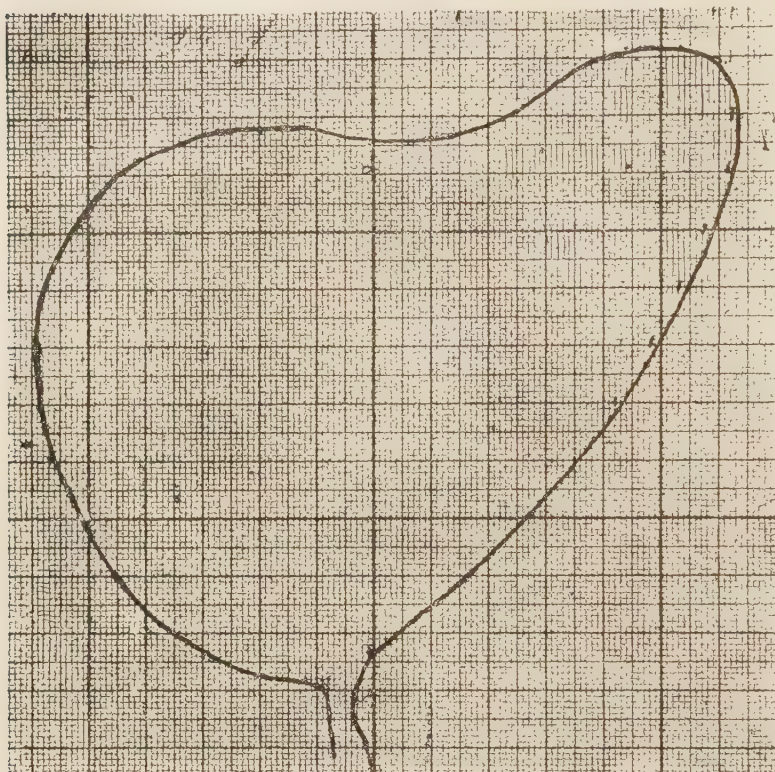
On fait une injection vaginale et intra-utérine à la solution térébenthinée. Les urines sont troubles, on note un disque épais d'albumine.

Dans ce cas, l'examen clinique n'avait pas permis d'établir l'existence d'un bassin oblique ovalaire congénital ; ce fut une trouvaille de la radiographie métrique. La synostose est à gauche.

La mensuration des différents diamètres, au détroit supérieur, donne :

Diamètre antéro-postérieur	9 c. 5
— oblique droit	13 c. 6
— oblique gauche	9 c. 3
— transverse médian	10 c.
— transverse maximum	11 c.

En résumé, ce bassin oblique ovalaire congénital présente une asymétrie violente, la différence entre les diamètres obli-



ques étant de plus de 4 centimètres. L'oblique long est inutilisable, à cause de la faible étendue de la sacro-cotyloïdienne gauche.

La malade est prévenue qu'à une prochaine grossesse elle ne pourra accoucher seule, et devra se soumettre à l'opération césarienne.

En effet, l'aire circulaire du détroit supérieur est de moins de 10 centimètres de diamètre, laissant supposer que l'accouchement prématuré artificiel devrait se faire entre le 7^e et le 8^e mois, ce qui donne trop peu de chances de survie à l'enfant.

2° Grossesse.— Césarienne abdominale, le 3 octobre 1916, avant les douleurs.

Après son premier accouchement, la femme M... était sortie de la Clinique, sachant qu'elle était affectée d'un bassin oblique ovalaire congénital.

C'est pourquoi, à sa deuxième grossesse, elle se soumet à plusieurs examens, à la Clinique d'accouchements, où elle entre le 23 septembre 1916.

Dernières règles, du 1^{er} janvier au 4.

Accouchement probable, le 4 octobre.

Pendant la grossesse actuelle, la malade a eu des maux de cœur et des vomissements, pendant le 1^{er} mois. La grossesse a été bien supportée.

Des examens successifs sont pratiqués ; le 10 juillet, on trouve que la hauteur utérine mesure 30 centimètres, la circonférence ombilicale 93. Les bruits du cœur sont entendus sur la ligne médiane. Tête mobile.

LE 24 JUILLET. — Hauteur utérine, 31 centimètres ; circonférence ombilicale, 90. Bruits du cœur à droite. Tête mobile.

LE 31 JUILLET. — Hauteur utérine, 33 centimètres ; circonférence ombilicale, 96. Les bruits du cœur ne sont pas entendus.

M. le Professeur Fabre pratique alors une exploration interne, qui lui permet de constater une diminution de longueur du col. Le diamètre promonto-sous-pubien mesure 11 cent. 4, ce qui correspond à la mensuration du diamètre antéro-postérieur de la radiographie, qui est de 9 cent. 5.

Il est facile de faire le tour du détroit supérieur.

Le promontoire est reporté à gauche ; le doigt, pour l'atteindre, se dirige à gauche. La ligne innommée gauche est en ligne droite, le sinus sacro-iliaque gauche est très étroit.

À droite, la ligne innommée est circulaire.

Au niveau de l'arc antérieur, l'asymétrie est violente.

À gauche, l'arc antérieur n'existe pas ; à droite, il est à très court rayon.

Cette exploration est facilitée par la grande souplesse des tissus des voies génitales.

LE 21 AOUT. — Nouvel examen : la hauteur utérine est de 38 centimètres. On note l'existence d'un œdème sus-pubien marqué.

LE 28 AOUT. — La hauteur utérine est de 36 centimètres ; la circonférence ombilicale mesure 94 centimètres ; on entend les bruits du cœur à droite.

LE 4 SEPTEMBRE. — La hauteur utérine est de 36 centimètres ; la circonférence ombilicale est de 97 centimètres ; les bruits du cœur à gauche. La malade pèse alors 53 kilos 200.

LE 11 SEPTEMBRE. — La hauteur utérine mesure 33 centimètres ; la circonférence ombilicale 97 centimètres. Les bruits du cœur ne sont pas entendus ; on perçoit les mouvements de l'enfant.

LE 18 SEPTEMBRE. — On trouve que la hauteur utérine est de 38 centimètres, et la circonférence ombilicale de 100 centimètres. Le poids de la mère est de 53 kilos 900, et de 54 kilos 250 le 25 septembre.

La mensuration des diamètres externes donne les résultats suivants :

Bi-épineux	21 c.
Bi-crête	24 c.
Bi-trochantérien	26 c. 5
Antéro-postérieur	19 c. 5

Le losange de Michaelis est très asymétrique ; la fossette latérale, à gauche, est près de la ligne médiane.

LE 2 OCTOBRE. — Un examen est pratiqué par M. le Professeur Fabre, qui trouve la tête dans l'hypochondre gauche. Les bruits du cœur sont entendus à droite. Le diagnostic de siège décomplété, mode des fesses, est porté.

Enfin, le 3 OCTOBRE, à 11 heures, M. le Professeur Fabre fait une césarienne abdominale et extrait un enfant pesant 3.730 grammes, sexe masculin, en présentation du siège.

On note que le cordon est gros et mesure 70 centimètres ; il fait une circulaire autour du cou.

Le placenta pèse 660 grammes et mesure 21 centimètres sur 20.

L'opération est parfaitement supportée par la malade, dont la température est de 38°4, le 4 octobre ; 38°2, le 5 octobre ; 37°6, le 6 octobre, tendant rapidement à la normale.

Aucun symptôme inquiétant.

Deux purgations sont administrées.

Pas d'albumine dans les urines.

Les fils cutanés sont enlevés au 10^e jour.

L'opérée sort le 28 octobre, 25 jours après la césarienne, en très bon état.

L'enfant va bien. Son poids tombe d'abord de 3.730 grammes à 3.370, le 5^e jour ; à 3.310, le 13^e jour, pour reprendre une courbe progressivement ascendante, à partir du 20^e jour.

L'enfant a été revu depuis, à plusieurs reprises, très bien développé.

VI

DIAGNOSTIC DU BASSIN OBLIQUE OVALAIRE CONGÉNITAL

Il est possible de diagnostiquer, sur le vivant, un bassin oblique ovalaire congénital. Naegelé lui-même a indiqué quelques mensurations externes, qui devront donner des distances toutes inégales :

1° De la tubérosité ischiatique, d'un côté, à l'épine iliaque postéro-supérieure, de l'autre côté ;

2° De l'épine iliaque antéro-supérieure, d'un côté, à l'épine iliaque postéro-supérieure, de l'autre côté ;

3° Du grand trochanter, d'un côté, à l'épine iliaque postéro-supérieure, du côté opposé.

Si ces longueurs diffèrent de 2 centimètres et plus, on peut dire qu'il s'agit d'un bassin oblique ovalaire.

Un autre procédé consiste, la femme étant debout, à laisser tomber deux fils à plomb, l'un des épines du sacrum, l'autre de la symphyse pubienne. Si le bassin est normal, ils tomberont dans le même plan ; si le bassin est oblique, le fil antérieur déviara fortement du côté sain.

La mensuration du losange de Michaelis donne aussi d'importants renseignements.

On constate que l'épine iliaque postéro-supérieure du côté de la synostose est plus élevée que celle du côté sain.

La fossette latérale du losange est plus rapprochée de la ligne médiane, toujours du côté ankylosé.

De même, les côtés latéraux du losange n'ont pas les mêmes dimensions : la distance qui sépare la fossette supérieure, correspondant au retrait de l'apophyse épineuse de la 5^e lombaire, de l'épine iliaque postéro-supérieure, est plus petite du côté malade que du côté sain. C'est le contraire qui se produit pour la distance séparant les épines iliaques postéro-supérieures, du sommet du pli fessier.

TOUCHER. — L'exploration interne fournit l'élément le plus important de diagnostic. Il permet, en effet, d'apprécier la disposition anatomique de l'espace inter-iléo-sacré, qui répond au foyer de la synostose. Cet espace se présente au doigt sous la forme d'une gouttière ou d'une rainure, et cette disposition paraît d'autant plus manifeste, que la région homologue du côté opposé du bassin, examinée par comparaison, n'offre aucune inflexion de sa courbure.

La constatation de ce signe serait pathognomonique du bassin oblique ovalaire congénital. Il importe d'apprécier le degré d'angustie de la gouttière sacro-iliaque, si l'on veut se rendre un compte aussi exact que possible de la capacité du bassin, au point de vue de l'accouchement.

Enfin, la radiographie métrique, d'après le procédé de M. le Professeur Fabre, donne des renseignements très exacts, beaucoup plus précis qu'avec tous les autres procédés de mensuration clinique. (Fabre. Obstétrique.)

FRÉQUENCE. — On trouve un bassin oblique ovalaire congénital sur 10.000. (Fabre, de Lyon.)

Diagnostic différentiel

Nous avons exposé plus haut les caractères particuliers qui font du bassin oblique ovalaire congénital un type

nettement différencié et qui le séparent indiscutablement du groupe des bassins asymétriques pseudo-ovulaires, tels que les bassins scoliotiques, coxalgiques, sacro-coxalgiques, viciés par fractures.

1° BASSIN SCOLIOTIQUE

Envisagé dans son ensemble, le bassin scoliotique se caractérise par la déformation asymétrique de ses parois.

Les troubles de la nutrition, qui dépendent de la surcharge unilatérale du bassin, produite par la scoliose, déterminent cette déformation affectant le détroit supérieur, qui prend le type oblique ovalaire.

Des deux diamètres obliques, l'un est augmenté et l'autre diminué. Il en est de même pour les diamètres sacro-cotyloïdiens, et le diamètre le plus long est celui qui se trouve du côté de la scoliose dorsale.

Mais la conformation des parois du petit bassin et celle du détroit inférieur sont différentes de celle du bassin oblique ovalaire congénital, aussi doit-on les en séparer.

Dans le bassin scoliotique, l'excavation pelvienne est rétrécie d'arrière en avant, dans toute sa hauteur, en raison de la voussure convexe que forme le sacrum en avant. La saillie en dedans du fond de l'une des deux cavités cotyloïdes, rétrécit transversalement l'excavation pelvienne en son milieu. Le sacrum, sous l'influence de la lordose lombaire, voit sa base enfoncée et antépulsée dans le petit bassin. La face antérieure, de concave à l'état normal, devient convexe dans les deux sens, vertical et transversal.

Dans le bassin oblique ovalaire congénital, le détroit inférieur n'est pas moins modifié dans sa conformation que le détroit supérieur. Comme ce dernier, il représente une aire ovalaire, dont le grand diamètre répond à celui

des deux diamètres obliques qui part du côté bien développé du bassin.

En dehors de ces caractères anatomiques, le diagnostic serait aiguillé du côté de l'asymétrie violente par scoliose, grâce à l'examen de la déformation de la colonne vertébrale, qui est généralement très marquée.

D'autres stigmates de rachitisme seront également visibles sur les membres inférieurs et pourront aider au diagnostic.

Dans le bassin oblique ovalaire congénital, la colonne vertébrale ne présente que des déformations insignifiantes et les membres inférieurs ne présentent rien de particulier.

2° BASSIN COXALGIQUE

Dans ce bassin, le foyer de coxalgie détermine des troubles trophiques qui se traduisent par un arrêt de développement de l'os iliaque et qui frappent souvent, en même temps, la portion attenante du sacrum.

Par suite, le détroit supérieur affecte une configuration asymétrique, car la ligne innommée, du côté malade, est bien moins longue et moins incurvée que celle du côté sain.

Le promontoire est tourné du côté sain.

Le diamètre oblique, qui part de l'éminence ilio-pectinée du côté coxalgique, est le plus long.

Le détroit inférieur est également asymétrique et généralement rétréci.

Dans le bassin oblique ovalaire congénital, le promontoire est, au contraire, porté du côté de la synostose et, tandis que l'espace iléo-sacré, qui répond au foyer de la synostose, est réduit à une gouttière étroite et même à une rainure, ce même espace iléo-sacré est peu ou pas modifié, dans le bassin coxalgique.

Le diagnostic clinique du bassin coxalgique est généralement facile à porter. En dehors de l'examen proprement dit du bassin qu'on vient d'étudier, on trouve souvent une ankylose de la hanche, en attitude vicieuse, avec ou sans luxation pathologique. De nombreuses cicatrices, dues aux suppurations prolongées, seront visibles au premier coup d'œil.

Il n'y a rien de comparable avec ce que l'on observe dans le bassin oblique ovalaire congénital, qui, lui, ne s'accompagne d'aucune lésion extérieure.

3° BASSIN SACRO-COXALGIQUE

Cette affection du bassin est rare et peu connue ; elle peut déterminer une déformation du détroit supérieur, analogue à celle du bassin oblique ovalaire congénital.

Quand l'affection entraîne une atrophie d'un aileron sacré, le bassin est atteint d'asymétrie violente, semblable à celle du bassin oblique ovalaire congénital.

Le diagnostic de cette affection est généralement facile à faire. (Commandeur.)

Ce bassin se distingue de l'oblique ovalaire congénital :

1° Par une affection suppurée de la hanche, que révèle l'interrogatoire portant sur les antécédents de la malade ;

2° On trouve des cicatrices dans la région postérieure du bassin et on peut sentir, par le toucher vaginal, les productions osseuses au niveau de l'articulation sacro-iliaque.

Dans ce cas, comme du reste dans tous les cas où l'on soupçonne une lésion de l'anneau osseux, la radiographie métrique donne les meilleurs renseignements et fixe le diagnostic.

4° BASSIN ASYMÉTRIQUE, VICIÉ PAR UN COL DIFFORME

Les fractures du bassin, suivies de guérison, le sont, d'ordinaire, avec un déplacement des fragments, qui entraîne une diminution variable de la capacité du bassin.

Dans un cas, par exemple, cité par Papavoine (*Journal des Progrès*), la fracture avait été produite par un coup de pied de cheval, sur une femme de 36 ans.

Le bassin avait la forme de l'oblique ovalaire droit, par suite de fractures consolidées :

- 1° Du tiers postérieur de l'iléon droit ;
- 2° De la branche horizontale du pubis droit ;
- 3° De la tubérosité ischiatique et de la branche ascendante de l'ischion droit.

Un autre cas de Laforgue :

Une femme de 20 ans est atteinte de fractures multiples du bassin, à la suite d'une chute.

Son bassin avait la forme oblique ovalaire, résultant d'une fracture double de l'os iliaque droit, d'une fracture de la branche horizontale du pubis et de la branche ascendante de l'ischion à gauche. Pas d'ankylose de l'articulation sacro-iliaque.

Cette femme était morte, deux ans après son accident, de péritonite, suite de couches au forceps.

Dans ces bassins asymétriques par fractures, on note que la forme du losange de Michaelis n'est pas modifiée.

Au toucher, on constate la présence d'ostéophytes, qui facilitent le diagnostic, que l'interrogatoire de la malade a déjà permis de soupçonner.

Enfin, la radiographie métrique reste la méthode de choix, pour établir avec certitude et précision l'existence de cette affection.

CONCLUSIONS

1° Les anciens auteurs étaient d'avis que le diagnostic, sur le vivant, de bassin oblique ovalaire congénital, était pour ainsi dire impossible à porter. Playfair prétendait que ce bassin n'avait jamais été reconnu avant l'accouchement, étant donné qu'aucune déformation apparente externe ne conduisait à soupçonner cette affection.

Aujourd'hui, la *Radiographie métrique du Professeur Fabre, de Lyon*, permet de déterminer, avec certitude, l'existence d'un bassin oblique ovalaire congénital, si les moyens d'investigation cliniques n'ont pas suffi à le déceler.

Cette méthode, en se généralisant, est appelée à rendre les plus grands services.

2° Pronostic de la grossesse, évoluant dans un bassin oblique ovalaire congénital. —

La grossesse évolue comme dans un bassin rétréci quelconque ; c'est dire qu'il importe de la surveiller, en vue de déterminer l'époque et le mode d'intervention.

L'influence de cette affection sur le travail est sérieuse. Litzmann a trouvé que, sur 28 cas de ce vice, 22 femmes moururent à leur premier accouchement et 5 à des accouchements postérieurs.

Sans être aussi sombre, aujourd'hui, le pronostic est encore grave.

En présence d'un bassin oblique ovalaire congénital, la conduite à tenir est variable, selon le degré de rétrécisse-

ment du bassin, c'est-à-dire suivant le degré de réduction de l'aire utilisable.

C'est ainsi que, dans un bassin, tel que le bassin II décrit plus haut, dont l'aire du détroit supérieur correspond à une circonférence de 10 centimètres de diamètre, on pourra tenter de pratiquer l'*accouchement prématuré artificiel*, au 8^e mois.

Par contre, il est des bassins obliques ovalaires congénitaux dont les diamètres utilisables sont si réduits (bassin III), que, seule, est indiquée la *césarienne abdominale*.

VU :
Le Doyen,
POUR LE DOYEN, l'Assesseur,
JEAN LÉPINE.

VU :
Le Président de la Thèse,
FABRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Lyon, le 3 Juin 1920.
Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHARPENTIER. — Accouchements. Tome II, page 58.

FABRE. — Obstétrique.

LITZMANN. — Die Geburt bei engem Beckem, page 36.

NAEGELÉ et GRENSER. — Accouchements, page 487.

PLAYFAIR. W. S. — Accouchements, page 517.

SCHRODER CARL. — Accouchements, page 536.

TARNIER et BUDIN. — Accouchements. Tome III, page 295.

VON WINCKEL. — Handbuch der Geburtshulfe. Tome II,
III^e partie, page 4953.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-Propos	7
Historique	9
Définition et description du bassin oblique ovalaire congénital	10
Pathogénie	12
Bassin sec I	14
Bassin sec II	16
Bassin sec III	18
Observation I	20
Observation II	25
Diagnostic	31
Diagnostic différentiel	32
Conclusions	37
Bibliographie	39
